FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1948

THESE

N° 624

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Paul JOLY

Né le 4 Avril 1921, au Mans (Sarthe).

Présentée et soutenue publiquement le ..... 30 JUIN 1948 19..

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE L'ETRANGLEMENT INTERNE D'UNE ANSE GRELE A TRAVERS LE GRAND EPIPLOON

Président : M. PETIT-DUTAILLIS, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1948

3 JUIN 1969
BIBL MIDI 03

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du candidat : **JOLY.**

Prénom : **Paul.**

Date de soutenance : .....

Numéro d'ordre : .....

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque).

JOLY (Paul). — Contribution à l'étude de l'étranglement interne d'une anse grêle à travers le grand épiploon. — Paris, Imp. R. Foulon, 1948, *in*-8°, 55 *p.*

(*Thèse Médec.* (*Et.*), *Paris* 1948, *N°* .....).

JOLY (Paul). — Contribution à l'étude de l'étranglement interne d'une anse grêle à travers le grand épiploon. — Paris, Imp. R. Foulon, 1948, *in*-8°, 55 *p.*

(*Thèse Médec.* (*Et.*), *Paris* 1948, *N°* .....).

JOLY (Paul). — Contribution à l'étude de l'étranglement interne d'une anse grêle à travers le grand épiploon. — Paris, Imp. R. Foulon, 1948, *in*-8°, 55 *p.*

(*Thèse Médec.* (*Et.*), *Paris* 1948, *N°* .....).

JOLY (Paul). — Contribution à l'étude de l'étranglement interne d'une anse grêle à travers le grand épiploon. — Paris, Imp. R. Foulon, 1948, *in*-8°, 55 *p.*

(*Thèse Médec.* (*Et.*), *Paris* 1948, *N°* .....).

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1948 **THESE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Paul JOLY

Né le 4 Avril 1921, au Mans (Sarthe).

Présentée et soutenue publiquement le ..... 19..

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE L'ETRANGLEMENT INTERNE D'UNE ANSE GRELE A TRAVERS LE GRAND EPIPLOON

Président : M. PETIT-DUTAILLIS, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1948

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

DOYENS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Baudouin, Roussy

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubertin, Balthazard, Basset, Baudouin, Bezançon, Brindeau, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, A. Couvelaire, Delbet, Hartmann, Heitz-Boyer, Jeannin, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lenormant, Marion, Mulon, Ombrédanne, Roussy, Rouvière, Sannié, Sébileau, Sézary, Tanon.

DOYEN ..... LÉON BINET.
Membre de l'Institut

ASSESSEUR. ..... JEAN VERNE.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ff OLIVIER.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance Médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Biologie médicale	VERNE.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Cliniques chirurgicales	BROCQ. CADENAT. MONDOR. QUENU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.).
Clinique des maladies infectieuses	ff MOLLARET.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Cliniques médicales	BENARD (H.). CHABROL. HARVIER. LIAN.
Clinique médicale propédeutique	P. VALLERY-RADOT.
Clinique de Neuro-chirurgie	VINCENT (Cl.).
Cliniques obstétricales	LANTUEJOUL. LEVY-SOLAL. VELTER.
Clinique ophtalmologique	PORTES.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (Et.).
Clinique urologique	FEY.
Embryologie	GIROUD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	ALAJOUANINE.
Histologie	CHAMPY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	BESANÇON (Justin).
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON.
Médecine du Travail	DUVOIR.
Médecine légale	PIEDELIEVRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT (E.).
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.

	MM.
Pathologie exotique	LAVIER.
Pathologie expérimentale et comparée	LEMAIRE.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie et thérapeutique générales	ff DE GENES.
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Physiologie	BINET (Léon).
Problèmes alimentaires (*chaire à titre personnel*)	RICHET (Charles).
Puériculture	LELONG.
Radiologie médicale	DESGREZ (H.).
Stomatologie	DECHAUME.
Physique médicale	STROHL.
Technique chirurgicale	MOULONGUET.
Thérapeutique	LAROCHE (G.).

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. DOGNON (*Physique médicale*), GAILLARD (*Parasitologie*), HALPHEN (*O. R. L.*), JAYLE M. (*Chimie médicale*), Mlle J. LEVY (*Pharmacologie*), OLIVIER (*Anatomie*),

II. — AGREGES EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	CORDIER. DELMAS. N.. ff DEBEYRE.
Anatomie pathologique	DELARUE. Mlle GAUTHIER-VILLARS.
Bactériologie	BONNET. FASQUELLE.
Biochimie médicale	ETTORI. SCHAPIRA.
Dermato syphiligraphie	DEGOS.
Histologie	COUJARD. DESCLAUX.
Hydrologie	DEBRAY.
Hygiène	BOYER. DEPARIS.
Médecine légale	DESOILLE.
Neurologie	DE SEZE.
Obstétrique	DIGONNET. MAYER. SUREAU. VARANGOT
Ophtalmologie	OFFRET.
Oto-rhino-laryngologie	AUBIN.
Parasitologie	BRUMPT, L. C.
Pathologie chirurgicale	FEVRE. HUGIER. LEGER. MERLE d'AUBIGNÉ
Pathologie chirurgicale	PADOVANI. PATEL. ROUX. RUDLER. SICARD.
Pathologie expérimentale	MERKLEN.
Pathologie médicale	BROUET. CACHERA. DECOURT. DREYFUS (G.). FAUVERT. GARCIN. HAMBURGER. KOURILSKY. LAMY. LENEGRE. MARCHAL. MAURIC. SOULIE.
Pédiatrie	LAPLANE. MARIE (J.).
Pharmacologie	CHEYMOL.
Physiologie	BARGETON. PARROT.
Physique médicale	DJOURNO.
Psychiâtrie	BARUK.
Thérapeutique	
Agr. ch. d'ens.	BROUET.
Urologie	COUVELAIRE, R.

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (*Pathologie chirurgicale*), BRINDEAU (*Obstétrique*), HUGUENIN (*Anatomie pathologique*), LE LORIER (*Obstétrique*), VAUDESCAL (*Obstétrique*).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
Clinique chirurgicale	AMELINE.
	BASSET.
	DE GAUDART D'ALLAINES.
	FUNCK-BRENTANO.
	GATELLIER.
	MENEGAUX.
Clinique médicale	BARIETY.
	BOULIN.
	CHEVALLIER.
	COSTE.

	M.
Clinique médicale	DE GENNES.
	HAGUENAU.
	MOLLARET.
	MOUQUIN.
	TURPIN.
Clinique obstétricale	ECALLE.
	LACOMME.
Clinique ophtalmologique	RENARD.
Clin. otho-rhino-laryngologique	HALPHEN.

V. — CHARGES DE COURS

	M.
Radiologie	LEDOUX-LEBARD.

	MM.
Secrétaire de la Faculté	J. MOREL.
Secrétaire-adjoint	M. BRISSIAUD.

Bibliothécaire en Chef	Dr A. HAHN.
Bibliothécaires	Mlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, *l'Ecole a arrêté que les opinons émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS

A Monsieur le Professeur PETIT-DUTAILLIS

Professeur de la Chaire de Pathologie Chirurgicale

Chirurgien de l'Hôpital Bichat

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Hommage respectueux.

A Monsieur le Docteur MAIGNAN

Chirurgien de l'Hôpital du Mans

Qui nous a inspiré cette thèse et nous a prodigué ses précieux conseils au cours de son élaboration.

Témoignage de notre profonde reconnaissance.

A MES MAITRES
DE L'ECOLE DE MEDECINE DE CAEN

A MES MAITRES DE L'HOPITAL DU MANS

Monsieur le Docteur PAPIN.

Monsieur le Docteur GRANVAL.

Monsieur le Docteur MORDRET.

Monsieur le Docteur BARBE.

Monsieur le Docteur BARANGER.

Monsieur le Docteur DE LANGRE.

Monsieur le Docteur CHARPENTIER.

INTRODUCTION

Les occlusions internes, causées par l'étranglement d'une anse grêle à travers le grand épiploon sont peu fréquentes. THOMAS et LUCCIONI, dans une monographie très complète, en ont réuni une cinquantaine de cas seulement. La pathogénie de ces affections est assez obscure. Quant au diagnostic clinique, la symptomatologie rappelant surtout un tableau occlusif sans autres indications, ce n'est guère qu'au cours de l'intervention qu'il a été possible de le poser jusqu'à maintenant.

Une heureux hasard nous ayant permis d'observer récemment quatre cas d'étranglement d'une anse grêle à travers le grand épiploon, il nous a semblé intéressant d'en rapporter les observations et les réflexions que celles-ci nous ont suggéré, quant à la pathogénie et au diagnostic de ce genre de hernies.

Après avoir fait un rapide historique de la question, nous nous proposons de relater nos observations puis d'étudier l'anatomo - pathologie, l'étiologie, les signes cliniques, le diagnostic, l'évolution et le traitement de cette affection.

HISTORIQUE

Les étranglements du grêle à travers une brèche épiploïque ont été longtemps méconnus, et les auteurs classiques en ont assez peu parlé.

C'est ARNAUD — démonstrateur en anatomie au Jardin du Roy — qui, le premier en 1706 en rapporta l'observation détaillée dans « les mémoires de Chirurgie ».

Plus d'un siècle après, en 1832, DUPUYTREN se trouva devant un cas semblable, mais présentant une certaine particularité anatomique : l'anneau épiploïque, agent de l'étranglement était entièrement détaché du reste de l'épiploon. Il n'était vascularisé que par un simple pédicule à l'aide duquel il adhérait au péritoine.

Dans les années suivantes, nous relevons les noms d'Astley COOPER, qui s'efforça de démontrer l'origine traumatique des brèches épiploïques, de GUINARD en 1898 et de LISANTI en 1895, qui soulignèrent le rôle de la tuberculose et de la syphilis, comme cause d'ulcération du tablier épiploïque.

FELDMULLER, dans sa thèse de Lyon, en 1901, définit le rôle joué par la position de l'épiploon vis-à-vis des anses intestinales dans les cas pathologiques observés.

AIMES, en 1926, en fait une étude assez complète dans son livre sur : « La Chirurgie du Grand Epiploon ».

Nous ne saurions terminer ce bref historique sans mentionner les récentes communications de LUCCIONI et THOMAS, dans le « Journal de Chirurgie » de 1936, dont nous reparlerons au cours de cette étude.

Nous n'avons rien retrouvé dans la littérature médicale qui ait été publié depuis cette époque. Nous relaterons maintenant les observations que nous y avons trouvées comme étant les plus intéressantes et nous y joindrons quatre personnelles recueillies grâce à l'obligeance des Docteurs Ch. MAIGNAN et J. MEYER, chirurgiens de l'hôpital du Mans, que nous tenons à remercier ici.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Arnaud — *Mémoires de Chirurgie*)

« En l'année 1706, M. Bijet, maître de Chirurgie de Paris, appela MM. Maréchal, Alexandre Arnaud et Arnaud de Rousil, rapporteur de cette observation, au sujet d'un homme de cinquante ans, d'un tempérament très fort, attaqué d'un étranglement. Elle est singulière.

La tumeur, fort ancienne, de la grosseur et figure d'un petit melon, avait eu de tout temps la facilité de rentrer à la volonté du malade, chose rare pour une épiplocèle. Cet homme humilié par cette maladie, ne s'était jamais confié à quelqu'un qui eut pu y remédier; il ne porta jamais de bandage, cependant il y avait vingt ans qu'elle n'avait pas augmenté.

Il la faisait rentrer tous les soirs dès qu'il était au lit, de façon que sa femme ne s'aperçut jamais qu'il eut cette infirmité. Le 20 septembre, il eut des coliques et des vomissements, enfin tous les symptômes les plus marqués de l'étranglement se déclarèrent. M. Bijet fit tout ce qu'il convenait de mieux en pareil cas et fit rentrer la descente. Les symptômes continuèrent après la réduction, la tumeur sortit par les efforts des vomissements. M. Bijet crut bien faire de la contenir avec un brayer, mais il ne servit à rien, les accidents augmentèrent, le conseil fut mandé le quatrième jour. On laissa sortir la tumeur, on l'examina avec attention, sans pouvoir trouver la cause de l'étranglement. Tous les consultants furent d'accord sur la nécessité de faire l'opération : elle fut exécutée par Alexandre Arnaud, démonstrateur en anatomie au Jardin du Roy, et qui tenait alors le premier rang

parmi les praticiens de Paris. Il trouva une anse de l'intestin ileum qui couvrait la partie moyenne et inférieure de l'épiploon Ce phénomène l'étonna et tous ceux qui étaient présents en furent surpris comme lui. Il leva l'intestin avec précaution et trouva que l'épiploon qui était percé avait permis à l'anse du boyau de passer au travers de la déchirure et que l'anneau qu'il fermait était très épais, très enflammé et qu'il étranglait l'intestin. Il déchira avec ses doigts l'endroit de cette membrane qui faisait l'étranglement. Il remit l'intestin dans le ventre, quoique fort livide; rien ne s'opposa à la réduction. Elle fut faite avec beaucoup de facilité, tout le reste du sac herniaire était rempli par l'épiploon, dont il fit la ligature et il l'amputa. Le malade guérit, sans aucun accident, malgré le mauvais état où avait été le boyau ».

OBSERVATION II

Astley Cooper, *Œuvres Chirurgicales* — Bruxelles 1835

Communiquée par Richard Croackes

« Le jeudi matin, 23 février 1804, je fus appelé à environ 1 heure du matin, pour voir M. W..., fermier, âgé de quatre-vingts ans, d'une constitution grêle et, qui, néanmoins, avait joui précédemment d'une bonne santé et avait mené une vie active.

Il se plaignait d'une douleur très aiguë dans l'abdomen, principalement vers la région ombilicale. Cette douleur était survenue, il y avait près de trois ou quatre heures, sans nausées ni fièvre.

Le malade attribuait l'apparition de cette douleur à l'ingestion d'un peu de jambon qu'il avait pris à son dîner, le jour précédent et qui n'avait pas été suffisamment bouilli.

Ne pouvant découvrir aucune autre cause à cet accident, j'attribuai à la même cause que le malade, les accidents qu'il éprouvait.

Dans les informations que je pris après la mort du malade, j'appris que la veille du début des accidents, il avait fait, au moment où il montait à cheval, une chute dont il ne s'était pas plaint au moment même. Comme il n'avait point vomi, je pensais

qu'il était préférable, eu égard à son âge avancé, de ne point lui donner d'émétique et je ne le soignais point pour le même motif. Mais je lui administrais une mixture purgative. Vers midi, je fus appelé de nouveau et la personne qui vint me chercher m'apprit qu'il avait tout vomi. Alors, je lui donnai le tartre stibié, mais il ne rendit que le vomitif. Je prescrivis alors un lavement qui agit abondamment. Mais la douleur et les nausées continuaient. J'administrai alors deux grains d'opium et je lui laissai quelques pilules renfermant chacune quatre grains de calomel à prendre toutes les deux heures, jusqu'à effet purgatif. Mais à mon retour il avait rendu tout ce qu'il avait pris. Je fus appelé de nouveau pendant la nuit et je revins accompagné du Docteur Dow, qui prescrivit un bain chaud et réitéra la mixture purgative, mais sans plus de succès qu'auparavant (bains de pieds, lavements, huile de ricin, large vésicatoire sur l'abdomen, mixture effervescente).

Nous eûmes ensuite recours au mercure à l'état métallique que nous administrâmes en grande quantité, mais les vomissements continuèrent encore; le samedi matin, le Docteur Dymond vit le malade. En ce moment, celui-ci se trouvait beaucoup mieux et on craignait que la gangrène ne se fut établie. Le malade mourut à 11 heures du soir, le 25.

Autopsie : l'épiploon était considérablement tiré vers l'estomac et une portion de l'intestin grêle était gangrénée. A un examen ultérieur, on reconnut que cet état gangréneux avait été causé par la hernie de l'intestin à travers l'épiploon, hernie qui avait été suivie d'étranglement. Les intestins étaient complètement vides de matières dures et étaient dans leur état naturel, excepté au niveau de l'étranglement, il n'en avait passé qu'une très petite partie ».

OBSERVATION III

Docteur A. Guinard — *Société de Chirurgie*, 1898

« Le 5 novembre 1897, je suis appelé d'urgence à Lariboisière, auprès d'un électricien de vingt-trois ans, Eug. F..., qu'on venait

de transporter de la salle Bouley à la salle Nelaton dans le service de M. Peyrot.

Ce garçon, qui depuis un mois était soigné pour des « coliques de plomb », était entré la veille à la salle Bouley avec des accidents d'obstruction intestinale. Au moment où je le vois, l'état général est si mauvais que j'hésite à intervenir : la température est à 36°5, les extrémités sont froides et le pouls est imperceptible et incomptable. L'occlusion intestinale est absolue depuis quatre jours; il y a incessamment des vomissements nettement fécaloïdes. Le ventre est si tendu et si douloureux à la pression qu'il est impossible de faire un palper utile.

Je fais aussitôt une laparotomie médiane sous-ombilicale et le ventre ouvert, je trouve l'épiploon transformé en un véritable treillis, en une sorte de grillage dans les mailles duquel dix ou quinze hernies intestinales se font jour. Un des internes qui m'assistaient comparaît l'aspect de ce treillis grisâtre avec des hernies rouges au travers des mailles, à certaines tartes de pâtissiers, qui ont des fruits rouges dans un réseau de pâte. Cette ingénieuse comparaison donne bien une idée de l'aspect de cet épiploon. Une des anses herniées me paraissant noirâtre, étranglée et irréductible, je sectionne les brides caséeuses limitant la maille qui l'enserre et je referme l'abdomen. Le cours des matières se rétablit le même soir et, contre tout espoir, le malade quitta l'hôpital, très bien guéri, onze jours après l'opération.

J'avais donné issue, par une laparotomie à un abondant liquide ascitique louche et tout le péritoine était parsemé de granulations tuberculeuses. Les mailles épiploïques étaient circonscrites par des brides épaisses, infiltrées d'une matière caséeuse qui sortait en filaments vermiculaires quand on les comprimait avec les doigts, au-dessus du point de section.

Le diagnostic de tuberculose péritonéale n'était pas douteux. Mais, s'il l'eût été, le malade, en revenant deux mois après (le 26 janvier 1898) ne nous eût laissé aucun doute à cet égard. Il avait, du côté des lombes, un énorme abcès froid, qui a été ouvert, gratté, cautérisé et qui a laissé une fistule encore persistante, comme on peut le voir actuellement ».

OBSERVATION IV

Poncet et Feldmuller — Lyon, 1901

« F. J..., âgé de cinquante-six ans, cordonnier, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Saint-Philippe, n° 1, dans le service du Professeur Poncet, le 16 juillet 1900.

Pas d'antécédents héréditaires.

Bonne santé jusqu'à quarante ans. A vingt ans, deux blennorragies sans gravité ni complications.

A quarante ans, le malade contracte la syphilis, il n'aurait plus d'accidents depuis quatorze ans.

Il fit, l'an dernier, un séjour à Saint-Philippe pour un mal perforant plantaire au cinquième métatarsien droit. M. Delore fit la résection du nerf tibial postérieur. Guérison complète actuellement.

Le lundi de Pentecôte 1900, un œdème rougeâtre se produit à la jambe gauche, les mouvements sont gênés, une ulcération apparaît, grandit et donne du pus. La marche est impossible au commencement de juillet.

Le malade entre à l'hôpital.

Œdème avec teinte rougeâtre du pied et de la moitié inférieure de la jambe. Une ulcération large comme une pièce de cinq francs siège à la face interne du cou-de-pied, un peu en avant de la pointe de la malléole tibiale, bords violacés, décollés, fond sanieux. Sécrétion considérable de pus. Un stylet remonte en haut et en arrière, le long du tendon d'Achille sur une longueur de 7 à 8 centimètres.

Le pied du malade n'est pas douloureux.

Le malade s'appuie bien sur son pied, on entend de gros craquements en maniant le pied et le stylet montre les lésions d'une arthrite.

Le malade a des symptômes tabétiques, douleurs fulgurantes, il a du ptosis remontant à plusieurs années. Réflexes abolis et plaques d'anesthésie aux membres inférieurs et sur le trajet du cubital.

Le malade a une température de 40°. Constipation.

17 juillet : un œdème rougeâtre apparaît au poignet droit. Douleur au niveau de l'articulation.

18 juillet : M. Delore résèque l'astragale. La douleur et le gonflement persistent au poignet.

19 juillet : la température baisse, mais du subdelirium par instants.

La température disparaît dans les jours suivants, mais la cachexie s'accentue, inappétence.

Douleurs abdominales vagues.

23 juillet : la température remonte. Douleurs vives à l'articulation du poignet, on constate une arthrite suppurée, résection et drainage le 25.

28 juillet : la température reste normale jusqu'à la fin. La cachexie s'accentue : pas d'appétit, céphalées, vomissements verdâtre des liquides ingérés, avec odeur fécaloïde. Le ventre est douloureux, sans localisations nettes; il est tendu. La palpation en est possible sans trop de souffrance, on ne sent rien d'anormal. On pense à une occlusion (Delore), mais l'état précaire du malade et les opérations qu'il a déjà dû subir font ajourner une intervention et on le traite par l'opium.

Le malade n'a pas de température. Il n'a pas eu de selles et ne rend pas de gaz par l'anus. Les urines sont diminuées. Le ventre est météorisé. Le délire est marqué, doux et persistant.

Les symptômes persistent et le malade meurt le 30 juillet.

Autopsie. — On trouve les lésions d'une pyohémie à point de départ dans les lésions du pied gauche. Le poumon est congestionné.

Dans l'abdomen, le foie et la rate sont congestionnés.

L'épiploon recouvre les viscères et présente en bas et à droite, à 4 centimètres du cœcum, une ouverture à bords fibreux de 4 centimètres de diamètre. L'épiploon adhère à la fosse iliaque au niveau du cœcum. Dans l'ouverture est étranglée une anse intestinale d'environ 30 centimètres. Cette anse présente un sillon d'étranglement très marqué, elle est congestionnée, des dépôts

fibrineux la recouvrent, une perforation se trouve sur le sillon d'étranglement.

Dans le petit bassin, on trouve un liquide louche, sans odeur, non purulent et en quantité assez abondante ».

OBSERVATION V (Personnelle)

Madame M... E... Marie, cinquante ans, aide de culture, nous est adressée d'urgence par son médecin, le 11 juin 1947, à 22 heures, pour syndrome abdominal aigu.

Antécédents héréditaires de peu d'intérêt et aucun antécédent personnel notable.

L'interrogatoire de la malade nous apprend que celle-ci a été prise brutalement le matin, vers 10 heures, de douleurs abdominales très violentes qui, localisées à la région para-ombilicale droite, l'obligèrent à cesser tout travail.

Ces douleurs ont persisté toute la journée, s'exaspérant à certains moments, sous forme de crises paroxystiques, s'accompagnant alors de vomissements bilieux.

On note l'expulsion d'une selle vers midi et de quelques gaz dans la soirée.

— *A l'examen* : la malade présente un faciès pâle et anxieux, les yeux sont cernés, mais l'état général est relativement satisfaisant.

Le pouls bat à 110. La température est à 37°9.

— *A l'inspection* : on note un léger météorisme abdominal régulier.

— *A la palpation* : douleur très nette dans la région para-ombilicale droite, sur une paume de main environ, avec réaction nette de défense de la paroi.

— *A la percussion* : sonorité de l'abdomen.

On complète l'examen par un toucher rectal : ampoule rectale vide, souple, sans rétrécissement ni tumeur, le doigt ne ramène pas de sang.

Les orifices herniaires, vérifiés, sont normaux.

L'ensemble de l'examen nous oriente vers un diagnostic d'occlusion possible. On demande un cliché.

Celui-ci est pris sans préparation, le malade étant en position verticale :

« Nombreuses images hydro-aériques à niveaux étagés, en outre image en arceau, plus importante, para-ombilicale droite. »

On pense alors à une occlusion mécanique du grêle et l'on décide d'intervenir.

Intervention :

Anesthésie générale : éther.

Incision trans-rectale droite.

A son ouverture, le péritoine laisse écouler un suintement séro-sanguinolent. On découvre une des premières anses jéjunales dilatée et légèrement infiltrée, faisant hernie à travers une brèche épiploïque. Celle-ci se trouve située à l'aplomb du pylore — juste au-dessous de l'accolement colo-épiploïque —. Circulaire, elle présente la dimension d'une pièce de cinq francs environ.

Ses bords sont très nets et indurés.

On sectionne l'anneau agent de l'étranglement, libérant ainsi l'anse jéjunale qui se contracte bien sous le sérum physiologique tiède et après injection d'adrénaline dans le méso.

On pratique ensuite une résection épiploïque.

Fermeture de la paroi par plans, au fil de lin.

Les suites opératoires sont normales et la malade quitte la clinique, complètement guérie, le quinzième jour.

Depuis, aucun incident nouveau ne s'est jamais produit.

OBSERVATION VI (Personnelle)

S... C... Otto, vingt-sept ans. Prisonnier de guerre allemand, amené au quatrième jour d'une occlusion intestinale manifeste, ayant débuté assez lentement. Douleurs diffuses dans tout l'abdo-

men, à titre de coliques, plus accusées dans l'hypochondre et le flanc droit.

— Vomissements fécaloïdes.

— Arrêt absolu des matières et des gaz.

Ce malade a été opéré deux ans auparavant d'appendicite aiguë — appendicectomie avec drainage —.

— *A l'examen* : nous nous trouvons devant un malade amaigri, dont l'état général semble très touché : le faciès est excavé, le teint est plombé, la langue sèche et rôtie.

— La température est de 38°4, le pouls est en rapport.

— L'abdomen apparaît météorisé dans son ensemble mais on retrouve cependant dans la région para-ombilicale droite un ballonnement hypersonore et immobile rappelant le signe de Von Wahl.

— Les orifices herniaires, vérifiés, sont intacts.

— Le toucher rectal ne décèle rien de particulier.

— On pratique un examen radiologique sans préparation : multiples images hydro-aériques de dimensions assez restreintes.

Tous ces niveaux liquides sont situés pour la plupart dans la région médiane et dans la cavité pelvienne. On remarque une image hydro-aérique de dimension beaucoup plus importante image elliptique au niveau de l'hypochondre droit.

Le diagnostic d'occlusion par brides est posé et l'on décide d'intervenir.

Intervention :

Anesthésie générale : éther.

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Le péritoine contient un liquide séro-sanglant — pas de brides —. La dernière anse iléale, dilatée, violacée, est étranglée au travers d'une brèche épiploïque. L'anneau de striction, dont le bord est fibreux et induré, est situé au niveau de la région pylorique, près du bord droit de l'épiploon. Ce dernier est tendu et adhérent à la cicatrice appendiculaire cutanée.

On sectionne l'anneau agent de la striction.

L'anse étranglée revient bien sous le sérum chaud et après injections d'adrénaline dans le méso.

Résection épiploïque.

Paroi au fil de lin.

Aspiration duodénale continue.

Rechloruration du patient qui sort guéri de l'hôpital quinze jours après l'intervention.

OBSERVATION VII (Personnelle)

Madame B... Adolphine, quarante-huit ans, sans profession, demeurant à Beaufay, entre à la clinique le 11 mai 1942 à 23 heures, envoyée par son médecin traitant, avec le diagnostic d'appendicite aiguë.

Elle a été prise le jour même de douleurs abdominales violentes, siégeant dans la région para-ombilicale droite. Ces douleurs sont continues mais avec des exacerbations amenant des vomissements qui, alimentaires au début, deviennent bilieux.

La malade n'a eu ni selles, ni gaz.

A part quelques maladies de l'enfance sans intérêt, l'interrogatoire de la malade ne révèle aucun passé pathologique.

La température est à 38°4.

Le pouls est rapide : 120 pulsations à la minute.

L'abdomen, qui présente une voussure de la paroi dans la région douloureuse est toutefois météorisé dans son ensemble. Sa palpation est douloureuse et provoque de nombreux vomissements bilieux.

Le reste de l'examen ne montrant rien d'autre, on pense à une appendicite avec occlusion réflexe et l'on décide d'intervenir.

Intervention :

Anesthésie générale au balsoforme.

— Incision de la fosse iliaque droite qui laisse s'écouler un flot de liquide séro-hématique.

On découvre un appendice atrophique mais sain par ailleurs, que l'on décide de conserver. Par contre, on voit plusieurs anses grêles d'aspect ecchymotique et violacé.

— Incision médiane sous-ombilicale.

On explore d'abord la région pelvienne : utérus et annexes normaux.

On déploie les anses grêles et l'on découvre la cause de leur strangulation : elles se sont engagées dans un brèche située à la partie moyenne du grand épiploon.

On sectionne l'anneau d'étranglement.

On réduit la hernie et l'on termine en pratiquant une résection partielle du tablier épiploïque.

Drainage par l'incision appendiculaire.

Fermeture de la paroi, par plans, au catgut chromé.

Les suites opératoires sont bénignes.

Purgation au deuxième jour.

Rechloruration de la malade.

Le huitième jour, on cesse le drainage.

La malade sort guérie le dix-huitième jour.

OBSERVATION VIII (Personnelle)

Monsieur C..., Emileo, quarante-sept ans, sujet italien demeurant à Brûlon (Sarthe) où il exerce le métier de carrier, est amené à l'hôpital le 7 février 1948 à 8 heures.

Son médecin traitant nous l'envoie avec le diagnostic de crise appendiculaire aiguë.

Le malade a toujours été maigre. Il nous déclare être porteur d'une hernie inguinale droite, depuis de nombreuses années. Cette hernie (sortant le jour et se réduisant seule la nuit) a toujours été bien supportée. Aussi le malade n'a-t-il jamais manifesté le désir de s'en faire opérer ou de porter un bandage.

Le 6 février 1948, après avoir travaillé toute la journée et soupé normalement, le malade se couche, comme de coutume vers

21 heures 30. Peu de temps après, il est pris de petites coliques siégeant au niveau de sa fosse iliaque droite. La hernie étant alors réduite, il se lève et va à la selle normalement, puis s'alite de nouveau pensant que les choses en resteraient là.

Quelques instants plus tard, les coliques réapparaissent, plus rapprochées et plus violentes. Il est de nouveau pris de ténesme mais n'émet aucune selle, ni gaz. Par contre, il remarque une « grosseur » au niveau du flanc droit, fait qui ne s'est encore jamais produit jusqu'alors. Sa hernie reste réduite et ne « descend » pas.

Vers 2 heures du matin, apparaissent les premiers vomissements alimentaires, en plus du ténesme. L'abdomen — au dire du malade — devient ballonné dans son ensemble avec une zone maxima au niveau de la région péri-ombilicale.

Quelques heures plus tard, même état de chose, avec vomissements bilieux succédant aux vomissements alimentaires. Altération de l'état général.

Le malade est examiné par son médecin aux premières heures du jour. Celui-ci l'adresse en milieu hospitalier pour crise d'appendicite aiguë.

Examen à l'entrée :

— Malade au faciès pâle et anxieux. Etat nauséeux s'accompagnant de vomissements bilieux fréquents.

— Arrêt complet des matières et des gaz.

— Accuse des céphaliées et des algies abdominales généralisées à titre de coliques.

— Température à 38°9. Pouls à 90.

— Langue saburrale.

Abdomen ballonné et météorisé dans son ensemble.

Voussure du flanc droit sous forme d'une sorte de « boudin » descendant vers le canal inguinal droit mais ne s'y engageant pas. Il n'est pas constaté d'ondes péristaltiques.

On explore les orifices herniaires : la hernie inguinale droite n'est pas sortie, donc sûrement pas en cause.

L'examen pulmonaire est normal et l'on décide d'intervenir sous-anesthésie générale.

Intervention (le matin même) :

Anesthésie générale : balsoforme.

— Pensant à une appendicite possible, on pratique d'abord l'incision de Delagénière, laissant s'écouler, en petite quantité, une sérosité hématique. Le cœcum est normal. Appendice long et vermiculaire, sans réaction inflammatoire : appendicectomie.

On aperçoit en outre un paquet d'anses grêles, volumineuses et congestionnées.

Fermeture par plans au catgut chromé et crins, de l'incision appendiculaire.

— Laparotomie médiane sous-ombilicale découvrant les anses grêles dilatées. Epiploon tendu dont la partie inférieure droite s'engage dans le canal inguinal où il contracte des adhérences. On étale les anses grêles et l'on s'aperçoit que celles-ci ont passé au travers d'une brèche épiploïque située non loin de la région pylorique.

Cet anneau est scléreux et enserre l'iléon dans sa partie terminale. On pratique une section de la bride, réduction de la hernie, résection épiploïque partielle et hémostase.

Fermeture par plans au catgut chromé. Crins et agrafes sur la peau.

Sérum physiologique intra-veineux.

Toni-cardiaques.

Lavement le second jour.

Prostigmine.

La température redevient normale au quatrième jour. Pas de complications par la suite.

Le malade sort guéri le quinzième jour.

ANATOMO-PATHOLOGIE

I. — ANATOMIE NORMALE

Le grand épiploon ou « omentum majus » des anciens auteurs, est un vaste repli du péritoine résultant de l'allongement du mésogastre postérieur, chargé de graisse chez l'adulte. Le grand épiploon attaché en haut à l'estomac et au côlon transverse, flotte librement au-devant de la masse intestinale qu'il recouvre comme un tablier.

Le mésogastre postérieur — qui contient la rate — primitivement situé dans un plan sagittal, se trouve refoulé à gauche par la rotation de l'estomac, de même que le mésogastre antérieur — qui contient le foie — se trouve refoulé à droite. Il en résulte la formation derrière l'estomac d'une poche ouverte à droite, la « bourse omentale » ou arrière cavité des épiploons, dont le bord inférieur, appendu à l'estomac et à la rate est le rudiment du grand épiploon.

Cette « bourse omentale » s'élargit transversalement et s'allonge verticalement. Elle descend jusqu'aux angles coliques, elle s'allonge devant le côlon transverse.

Au-dessus du côlon, sa lame postérieure s'accole au mésocôlon transverse. Au-dessous du côlon, ses deux lames se soudent entre elles, sauf parfois dans la partie médiane.

Chez l'adulte, le grand épiploon s'étend derrière la paroi abdominale antérieure, de la grande courbure de l'estomac à la symphise pubienne, il peut même descendre dans le petit bassin.

Fixé seulement par son bord supérieur, il présente une grande mobilité. Ses limites latérales sont très variables, surtout du côté droit. Son bord droit recouvre le côlon ascendant, souvent le cœcum (diverticule droit). Son bord gauche recouvre le côlon descendant.

Le bord supérieur reste double, la lame antérieure dite viscérale ou réfléchie, s'attache à la grande courbure de l'estomac. La lame postérieure, dite pariétale ou directe, s'attache sur le bord supérieur du côlon transverse.

A l'union du bord supérieur et des bords latéraux, existent deux petits ligaments triangulaires, dont le bord interne se continue avec le grand épiploon, dont le bord postérieur se fixe à la paroi abdominale, dont le bord antérieur est libre et dont la face supérieure reçoit, à droite : le foie (sustentaculum hepatis) à gauche : la rate (sustentaculum lienis).

L'irrigation de l'épiploon est assurée par des rameaux épiploïques descendant de l'artère gastro-épiploïque droite, branche de l'hépatique — et de l'artère gastro-épiploïque gauche, branche de la splénique —.

La circulation de retour est assurée par les veines satellites des artères.

Nous avons vu que les bords supérieurs et supéro-latéraux de l'épiploon étaient solidement fixés, tant par sa racine gastrique et colique que par ses deux ponts ligamenteux coliques droit et gauche.

Mais il n'en est pas toujours ainsi.

On a vu parfois l'épiploon réduit à une simple frange de quelques centimètres, appendue au côlon transverse ou, au contraire, descendant en nappe jusqu'au pubis.

Plus rarement, il peut s'insinuer entre les anses grêles elles-mêmes, ou se renverser en haut, se trouvant alors pris entre la coupole diaphragmatique droite et le foie.

L'épiploon peut enfin contracter des adhérences, soit avec la paroi abdominale et le péritoine pariétal — observation VI — soit dans les canaux inguinaux après s'y être insinué — observation VIII —.

Dans sa thèse, FELDMULLER a ramené à quatre types les différentes modalités de position du grand épiploon, dans les cas pathologiques observés :

1 — l'épiploon est normal comme position et se trouve au-devant des anses intestinales et libre d'adhérences;

2 — l'épiploon est dans la même situation, mais il a contracté des adhérences;

3 — l'épiploon s'est insinué en totalité ou en partie à travers les anses grêles, mais sans adhérences;

4 — l'épiploon se trouve dans la situation précédente, mais il est adhérent.

L'étranglement ne pourrait, d'après lui, se produire que dans les positions I et IV, plus rarement dans III.

II. — HISTOLOGIE

Alors que chez le fœtus et l'enfant, l'étude microscopique de l'épiploon nous le montre sous l'aspect d'une plage continue, parsemée de groupes de cellules jeunes hystiocytaires, il en est tout autrement chez l'adulte où il apparaît formé de travées de fibres collagènes, enlacées les unes aux autres, limitant des espaces de lames conjonctives très minces.

Alors que chez certains sujets, ces lames présentent une surcharge graisseuse, chez d'autres au contraire, elles en sont dépourvues et peuvent même dis-

paraître complètement. Dans ce dernier cas, les travées de fibres collagènes limitent des orifices de dimensions variables : c'est ce que les auteurs ont appelé la fenestration épiploïque.

L'origine de cet état de choses a donné lieu à plusieurs théories :

— Pour RANVIER, la fenestration serait liée au rôle de défense assuré par l'épiploon vis-à-vis des infections péritonéales microbiennes : les leucocytes traversant la séreuse épiploïque y laisseraient les traces de leur passage.

— Pour d'autres, tels que ZORNER ou TOLDT, ces trous seraient le résultat de la naissance rapide de l'épiploon : l'épithélium ne se développerait pas assez vite pour suivre le rapide accroissement des travées conjonctives. Des ruptures épithéliales se produiraient par distension et seraient l'amorce de la fenestration.

— RETENER, lui, a repris la théorie de RANVIER en la modifiant quelque peu; les trous résulteraient de la transformation de certaines cellules en globules blancs, qui deviendraient non plus l'agent de la perforation, mais le résultat.

— KESSLER enfin, à propos d'un cas de hernie transmésocolique, expliquerait ces fenestrations par un processus dégénératif dans des zones peu vascularisées et qui se trouveraient en conséquence en voie de résorption progressive. Ceci ne se produisant que chez des sujets amaigris.

III. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous venons de décrire un épiploon type, tel qu'on le trouve le plus souvent chez les sujets normalement constitués. Voyons donc maintenant comment il se présente au cours de l'intervention dans les cas pathologiques que nous avons rapportés.

Dans la plupart des cas, il n'y a qu'une seule hernie siégeant à droite, à l'aplomb du pylore, au-dessous de l'accolement colo-épiploïque.

Dans d'autres, on se trouve devant une multitude de petites hernies disséminées à travers tout le tablier épiploïque. C'est ainsi que GUINARD, lors d'une intervention abdominale sur un sujet atteint de péritonite tuberculeuse, trouva un épiploon semblable à un véritable treillis ou une sorte de grillage, dans les mailles duquel dix à quinze hernies intestinales faisaient jour — (observation III) —.

L'orifice épiploïque unique a une origine indéterminée. Pour les uns, il serait consécutif à un traumatisme abdominal (PIERI et COOPER), pour d'autres, il serait lié à certaines affections chroniques, la syphilis en particulier (LISANTI). On a admis également la formation d'une brèche à la suite de troubles circulatoires et d'une vascularisation insuffisante de certaines zones. L'hypothèse d'une malformation congénitale peut être également retenue.

Quoi qu'il en soit, l'orifice unique, circulaire, a ordinairement la taille d'une pièce de cinq francs environ. Il est limité par des bords nets et indurés formés de tissu fibreux organisé.

Au lieu de jouer librement au devant des anses intestinales, le grand épiploon se trouve parfois tendu devant elles, soit qu'une bride opératoire fixe son bord inférieur à la paroi abdominale (observation VI), soit qu'il se soit engagé dans un sac herniaire et qu'il y ait contracté des adhérences (observation VIII).

En rapport direct avec les anses grêles, ce sont toujours ces dernières qui se trouvent en cause. Nous avons vu que la hernie siégeait toujours à la partie supéro-droite du grand épiploon : les premières anses jéjunales, souvent les plus longues, venant ordinairement se loger dans l'angle hépatique des côlons seront

responsables, de même que la dernière anse iléale, longue elle aussi et remontant jusqu'à l'angle colique droit (observation VI).

Ayant étudié les éléments constitutifs des hernies trans-épiploïques, voyons maintenant par quel mécanisme elles se produisent.

PATHOGENIE — ETIOLOGIE

Nous laisserons de côté, d'une part les hernies se produisant à travers un orifice de l'épiploon déjà contenu lui-même dans un sac herniaire et, d'autre part, l'étranglement d'une anse intestinale qui survient, heureusement d'une façon assez rare, à travers un orifice épiploïque d'une gastro-entérostomie; ces deux cas ne rentrant pas exactement dans le sujet de notre thèse.

Considérons maintenant un épiploon d'une certaine dimension, soit fenêtré, soit présentant à sa partie supéro-droite une brèche unique dont nous avons étudié l'origine dans le chapitre précédent. Une des premières anses jéjunales ou la dernière anse iléale pourront fort bien, se logeant dans l'angle hépatique des côlons, refouler la portion supérieure et droite du grand épiploon en y faisant hernie. Autre hypothèse : elles pourront se couder seulement sur la corde de la gastro-épiploïque gauche ou de l'une de ses branches. Dans ce cas, il se formerait dans l'épiploon enflammé au contact du vaisseau, un bord épaissi qui contribuerait à l'étranglement ou à la coudure de l'anse.

Si le bord inférieur de l'épiploon se trouve fixé par des brides ou des adhérences, celui-ci, au lieu de suivre passivement la paroi abdominale, sera tendu devant la masse des anses grêles et il en supportera tout le poids.

Qu'à cette occasion une de ces anses grêles ait passé à travers une brèche épiploïque. Au début, la hernie

sera libre, réductible. Mais peu à peu, les bords de la brèche par irritation, s'organiseront et donneront lieu à l'anneau fibreux que nous avons trouvé lors des interventions. C'est cet anneau qui sera l'agent de l'étranglement.

Ce dernier surviendra brusquement, à la suite d'une distension rapide de l'anse herniée. Une brusque augmentation de la pression abdominale, par action du diaphragme ou contraction de la paroi (effort brusque) ayant chassé une certaine quantité de liquide ou de gaz dans l'anse herniée.

La hernie procidente, retenons surtout en plus de l'anneau fibreux, la situation de l'épiploon, fixé au-devant des anses grêles et la brusque augmentation de pression abdominale, quelle qu'en soit la cause.

ETUDE CLINIQUE

Nous avons vu dans les différents comptes-rendus opératoires de nos observations, que le plus souvent, l'agent de l'étranglement était formé par un anneau aux bords nets et indurés : tissu fibreux organisé. Ceci nous amène à penser que la hernie trans-épiploïque, dans bon nombre de cas, évoluerait depuis plusieurs années, n'entraînant que quelques troubles dyspeptiques banaux souvent ignorés des malades eux-mêmes, puisqu'au cours des interrogatoires en vue d'établir leur passé pathologique, ils n'en font pas mention.

Survient alors l'accident aigu mettant fin à cet état de chose. Le tableau change du tout au tout et les symptômes apparaissent en quelques heures, nombreux.

On peut les classer en :

1 — signes fonctionnels;

2 — signes généraux;

3 — signes physiques.

A. — Signes fonctionnels.

1) *Douleur* : la douleur fait toujours partie du tableau clinique. Elle survient d'une façon brusque et atteint son maximum d'emblée. Continue dans certains cas et généralisée à tout l'abdomen, elle s'exacerbe

dans d'autres, prenant une forme paroxystique et se localisant à la région para-ombilicale droite.

2) *Vomissements* : les vomissements sont de règle, comme dans toute occlusion. Ils sont d'autant plus précoces que l'étranglement est situé plus haut. Alimentaires d'abord, puis bilieux, ils deviennent fécaloïdes par la suite.

3) *Arrêt des matières et des gaz* : nous avons vu dans l'observation VIII que le malade avait ressenti tout d'abord de petites coliques qui avaient abouti à l'expulsion d'une ou deux selles. Ensuite, il fut pris de ténesme, mais n'émit ni matières, ni gaz. C'est ordinairement ce qui se produit : le malade vide la partie terminale de son intestin qui se trouve en aval de l'anneau de striction. Ensuite la constipation est absolue.

4) *Urines* : on note surtout de l'oligurie. L'indicanurie s'observerait — réaction peu souvent faite — elle amènerait à penser à un obstacle siégeant sur le grêle (Caster et Jaffé).

B. — Signes généraux.

L'atteinte de l'état général est plus ou moins marquée, selon l'âge du malade et le siège de l'étranglement. Plus celui-ci est haut situé et plus l'atteinte de l'état général, précoce, est violente.

Elle se traduit par un état de shock avec un faciès pâle, anxieux, parfois un teint plombé rappelant le faciès péritonéal. La tension artérielle voit son maximum abaissé. On note enfin une hyperthermie modérée, aux environs de 38° et un pouls en rapport avec la température.

Nous l'avons noté dans toutes nos observations et c'est ce qui explique l'erreur de diagnostic avec la crise d'appendicite aiguë.

C. — Signes physiques.

1) *Inspection* : la première chose à noter est le ballonnement abdominal, parfois généralisé (Poncet et Feldmuller) souvent caractérisé par un aspect globuleux médian, sans que le cadre colique se dessine sous la peau. Ceci correspondrait à une dilatation du grêle et, en conséquence, amènerait à penser à un obstacle siégeant sur la partie terminale de ce dernier.

Danesi et Banti (Lo Sperimentali, 1899) ont consigné dans une de leurs observations, une disposition toute particulière : leur malade présentait un abdomen météorisé et séparé en deux lobes par un large sillon allant transversalement d'un côté à l'autre, à environ deux doigts au-dessous de l'ombilique. Le lobe supérieur, sonore, représentait l'estomac et des anses grêles dilatées par les gaz. Le lobe inférieur était mat. Entre les deux lobes, on trouvait l'épiploon tendu par des brides, au travers duquel passait une anse grêle herniée.

Nos deux dernières observations VIII et VII, ainsi que l'observation VI, nous montrent des malades dont l'abdomen, ballonné dans l'ensemble, présentait en outre un météorisme localisé à la région para-ombilicale droite : région où l'on a trouvé l'anse herniée dilatée.

En aucun cas nous n'avons observé de mouvements péristaltiques, probablement à cause de la paralysie précoce de la musculature intestinale.

2) *Palpation* : au palper, l'abdomen est le plus souvent douloureux dans son ensemble avec un maximum au niveau de la région para-ombilicale droite. A cet endroit, la palpation entraîne ordinairement une réaction de la paroi et parfois des vomissements bilieux — observation VII —.

3) *Percussion* : la percussion met en évidence le tympanisme abdominal. L'exsudat séro-sanguinolent

que l'on trouve assez souvent lors de l'ouverture de l'abdomen, n'est généralement pas assez abondant pour donner une matité dans les flancs. Elle n'existe d'ailleurs qu'en cas d'étranglement très serré et lorsque le malade est examiné tardivement.

4) *Toucher* : en pareil cas, on devra toujours terminer l'examen par un toucher vaginal et rectal.

Au total donc, signes cliniques communs à toute occlusion, d'où émerge parfois un signe de Von Wahl avec en plus, une contracture localisée et une hyperthermie pouvant égarer le diagnostic vers la crise appendiculaire aiguë.

EVOLUTION ET PRONOSTIC

L'étude clinique nous a révélé l'organisation fibreuse des bords de l'anneau agent de l'étranglement, et ceci nous avait amené à penser que la hernie trans-épiploïque existait depuis un temps assez long. Cette affection évolue donc d'une façon subaiguë.

La formation de la brèche et le passage de l'anse grêle au travers, se font sans symptômes révélateurs. Cette hernie restera ainsi, réductible et n'entraînant que des troubles minimes du transit intestinal, inaperçus du patient. Il est rare qu'une distension brusque de l'anse herniée, d'origine indéterminée, vienne mettre fin rapidement à cet état de chose, provoquant l'occlusion. Le plus souvent, les frottements de l'anse sur les bords de la brèche irritent ces derniers qui réagissent petit à petit et s'organisent.

En même temps, s'épaississent les parois de l'intestin à ce même niveau et ainsi se constituent progressivement les conditions de la striction.

La plupart des phénomènes aigus que nous avons observés sont donc l'aboutissant d'une affection chronique évoluant à bas bruit.

Une fois l'occlusion réalisée, si l'anse herniée est fortement pincée par l'anneau de striction, il se produit dans ses parois des phénomènes de sphacèle aboutissant à la péritonite par perforation intestinale.

Le plus souvent, la striction est telle, qu'elle amène surtout un arrêt du transit intestinal, sans porter grand

préjudice à la circulation sanguine dans les parois de l'anse herniée. L'évolution des phénomènes occlusifs est alors beaucoup plus lente et permet en conséquence de porter un pronostic plus favorable. Elle se fait surtout vers des phénomènes toxiques d'infection stercorale.

Quoi qu'il en soit, il y a dans tous les cas intérêt à intervenir précocément.

DIAGNOSTIC

A. — Diagnostic positif.

Le diagnostic de l'étranglement d'une anse grêle à travers le grand épiploon est en fait un diagnostic d'intervention. Voyons toutefois quel tableau clinique pourrait y faire penser.

1°. — Nous nous trouvons en présence d'une occlusion. Nous avons en effet les quatre symptômes dominants de cette affection :

— la douleur abdominale aiguë;

— l'arrêt des matières et des gaz;

— les vomissements;

— le météorisme abdominal.

2°. — Il s'agit d'une occlusion siégeant sur le grêle. En effet :

— les vomissements surviennent précocement;

— l'état général décline rapidement;

— le ballonnement abdominal assez important est médian et globuleux;

— le cliché radiologique, pris debout, sans préparation, montre des images hydro-aériques étagées.

3°. — Il s'agit d'une occlusion par striction révélée par :

— l'intensité des symptômes généraux;

— la présence d'un épanchement séro-hémotique dans le Douglas;

— l'absence de mouvements péristaltiques;
— oligurie et même anurie.

Nous arriverons donc ainsi à la notion d'occlusion du grêle par striction.

Pourrons alors nous faire penser que l'épiploon est en cause :

— parfois la notion d'un traumatisme;
— le siège para-ombilical droit de la douleur;
— un signe de Von Wahl à ce niveau;
— l'aspect bi-lobé que peut prendre l'abdomen dans ce cas (DANESI et BANTI).

Nous demanderons ensuite à l'examen radiologique de préciser et de confirmer notre diagnostic.

On fera faire de préférence une radiographie de l'abdomen sans préparation, cliché pris, le sujet étant en position verticale. On observe alors des signes occlusifs du grêle : niveaux liquidiens horizontaux étagés, surmontés de plages aériques semi-lunaires (à distinguer d'une distension colique).

En outre, à la faveur d'une hernie trans-épiploïque, on remarque dans la région para-ombilicale droite, une image beaucoup plus importante, en arceau (si le cliché a été pris précocément) ; elliptique (si le cliché a été pris plus tardivement).

On ne se servira des préparations baryteés que s'il y a doute. Dans ce cas, proscrivant absolument l'ingestion de baryte par voie haute, on se contentera d'administrer un lavement baryté, dont on surveillera la progression sous écran. Au cours des occlusions trans-épiploïques, on verra le cadre colique s'injecter normalement, se distinguant ainsi des anses grêles dilatées.

En résumé, l'essentiel sera d'arriver à la notion d'ileus du grêle par striction, entraînant l'intervention. C'est souvent au cours de cette dernière que le diagnostic sera complété.

B. — Diagnostic différentiel.

I. — *Existe-t-il une occlusion vraie ?*

Nous avons vu dans nos observations personnelles (VII et VIII) que les malades étaient souvent adressés aux chirurgiens avec le diagnostic d'appendicite aiguë.

En effet, les occlusions hautes sont ordinairement à ventre plat et s'accompagnent souvent de petite défense de la paroi. L'appendicite présente en outre des signes communs à ce genre d'occlusion, à savoir, un léger météorisme abdominal, l'apparition de vomissements, l'arrêt des matières et des gaz. Enfin ces deux affections sont fébriles. Par ailleurs, chez les sujets âgés, l'appendicite s'accompagne souvent d'occlusion réflexe.

La différenciation se fera grâce aux antécédents et à ce fait que, dans la péritonite, l'arrêt des matières et des gaz sera moins absolu. La douleur, généralisée dès le début à tout l'abdomen aura au palper une localisation nette au point de Mac Burney. Le Douglas sera douloureux au toucher rectal.

Dans le type d'occlusion qui nous intéresse, la douleur sera localisée plus haut, au niveau de l'hypochondre droit. Ceci pourrait égarer notre diagnostic et nous faire penser à une cholécystite. Mais les antécédents hépatiques du malade et surtout l'examen radiologique, permettront d'écarter rapidement cette hypothèse.

On pourrait encore penser à un infarctus intestinal ou à une pancréatite hémorragique :

— le premier se différencie de l'occlusion par l'intensité beaucoup plus grande de la douleur qu'il provoque, le météorisme abdominal est moindre, enfin et surtout l'abdomen est mat et l'état général du malade est atteint d'une façon beaucoup plus grave et plus précoce;

— la seconde présente, elle aussi, une douleur beau-

coup plus vive, avec une irradiation pathognomonique vers l'angle costo-vertébral. Ses vomissements sont plus abondants, non fécaloïdes — gros collapsus cardio-vasculaire d'emblée.

II. — *De quelle occlusion s'agit-il ?*

L'aspect de l'abdomen, les signes fonctionnels et généraux et l'examen radiologique permettent d'éliminer tout obstacle siégeant sur le gros intestin. Il s'agit donc d'une occlusion du grêle.

a) Les orifices herniaires seront explorés méthodiquement afin de ne pas méconnaître une hernie étranglée toujours possible.

b) On éliminera ensuite les occlusions post-opératoires tardives (observation V), sans oublier de rechercher les cicatrices profondes après interventions vaginales chez la femme (césarienne).

Reste ensuite à envisager la possibilité d'une affection propre au grêle lui-même :

a) volvulus : siégeant rarement sur le grêle, donnant une distension abdominale considérable et un épanchement abdominal important, ainsi que des vomissements fécaloïdes fréquents;

b) ileus biliaire — caractérisé par ses antécédents — crises de coliques hépatiques avec ictère, son évolution par crises, enfin ses signes radiologiques, le calcul pouvant être visible à la radio;

c) invagination — apanage de l'enfance, s'accompagnant de meloenas;

d) hernies internes — ayant éliminé toutes les affections précédentes, nous n'aurons plus en cause que les hernies internes : dans l'hiatus de Winslow, trans-mésocoliques ou trans-épiploïques. Elles sont pratiquement impossibles à différencier les unes des autres, si ce n'est au cours de l'intervention.

TRAITEMENT

Il n'existe qu'un moyen de pallier à ce genre d'occlusion, c'est l'intervention chirurgicale. Celle-ci devra être aussi précoce que possible.

On emploiera de préférence l'anesthésie générale classique, par inhalation. Dans certains cas, on a pu faire une rachi.

L'incision la plus favorable est la médiane sous-ombilicale. Mais lorsque l'on a pratiqué une incision de Mac Burney, pensant à une appendicite aiguë, on aura avantage à la prolonger vers le haut.

On réduit la hernie par section de l'anneau fibreux épiploïque. Dans tous les cas observés, la contractilité des parois de l'anse herniée sous le sérum chaud, et après injection d'adrénaline dans le méso étant conservée, il n'y a pas eu lieu de pratiquer de résection intestinale.

En ce qui concerne l'épiploon, on se doit de le libérer des brides ou adhérences qu'il a pu contracter. Ensuite, on préférera à la simple oblitération de l'anneau, une résection épiploïque, soit partielle, soit totale.

S'il y a une nette réaction péritonéale, il est bon de drainer.

Soins post-opératoires.

1°. — Rechloruration du malade avec du sérum hypertonique intra-veineux.

2°. — Réhydratation au sérum physiologique sous-cutané.

3°. — Médication toni-cardiaque et morphine.

4°. — En cas de très grosses occlusions, aspiration continue de Wangensteen, afin d'éviter le passage des matières toxiques dans la partie inférieure de l'intestin. On peut même faire cette aspiration duodénale avant d'opérer le malade, en cas de grosses occlusions, lorsque l'on pense que le degré de dilatation des anses intestinales sera une gêne pour le chirurgien.

CONCLUSIONS

1°. — Les occlusions internes causées par l'étranglement trans-épiploïque d'une anse grêle sont des accidents très rares (moins de cinquante cas publiés à l'heure actuelle).

2°. — Ces hernies internes s'observent indistinctement chez des adultes des deux sexes, principalement chez les sujets maigres. Parfois, la minceur de l'épiploon et sa fixation au devant de la masse des anses intestinales, due à des adhérences ou brides d'origines opératoires ou infectieuses (syphilis — tuberculose) en seront les éléments prédisposants.

Ces hernies siègent avec prédilection à droite, à l'aplomb du pylore, au-dessous de l'accolement colo-épiploïque.

3°. — La cause immédiate de l'étranglement est un effort ou un traumatisme.

L'anse étranglée est presque toujours une anse grêle, souvent la dernière anse iléale.

4°. — L'étranglement herniaire n'est que la terminaison d'un état de chose qui existait souvent depuis longtemps, évoluant sans bruit et passant de ce fait inaperçu.

5°. — Le diagnostic de ce type d'occlusion est très difficile. Seuls l'évolution subaiguë des phénomènes occlusifs et le siège de la douleur pourront y faire

penser. En pratique, le tableau clinique qu'il provoquera, amènera le praticien à la notion d'ileus mécanique et c'est seulement au cours de l'intervention que le diagnostic sera complété ou affirmé.

6°. — Le traitement est uniquement chirurgical. La hernie, reconnue, sera facilement réduite par agrandissement de l'orifice épiploïque.

L'intégrité de l'anse herniée est habituellement vérifiée sous le sérum tiède et après injection d'adrénaline dans le méso.

En ce qui concerne l'épiploon, le mieux est d'en pratiquer la résection partielle, si la brèche est située à la périphérie, totale si elle occupe une situation médiane, plutôt que d'en faire la simple oblitération.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
PETIT-DUTAILLIS

Vu et Permis d'Imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris
SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

Aimes (A.). — (*Revue de Chirurgie*, 1920.) Chirurgie du grand épiploon (55-58), 2e édftion, 1926.

Arnaud. — (*Mémoires de Chirurgie*, 1706.)

Atkins (R.). — A case of intestinal obstruction terminatting fatally, produced by the strangulation of the strangulation of the gut within a loop of omentum. (Dublin, *M. J.*, 1878, 431, 1878.)

Baudier. — (*Société de Chirurgie*, 1924.)

Boularan et Courty. — (*Presse Médicale*, 23 août 1941.)

Berger. — In traité de chirurgie de Duplay et Reclus (VI — 1900).

Berlemre Nix. — Three laparotomies for ileus. (*Hospitals Titende ii* (Wr 35), 817, 1886.)

Besnier. — (*Thèse*, Paris, 1857.)

Brown (W.-L.). — Case of strangulated hernia through an omental slit. (*Med. Standard*, XXII, 530, Chicago, 1899; *Trans. of the Pathol. Soc.*, Chicago, 1900.)

Carier. — Les occlusions aiguës de l'intestin. In Bibl. Charcot Debove, Paris, 1895.

Cames (O.). — Orifices du gd. épiploon. Etranglement interne. (*Annales Chir. du Rosario*, an 1, vol. 1, n° 2, novembre 1935.)

Cattel (H.-W.). — (*Trans. of the Pathol. Soc.*, Philadelphie, 1896.) Internal strangulated hernia of the small intestin through the omemtum. (*Tr. Pathol. Soc.*, Philad., 1898.)

Cayley and Lawson. — Intestinal obstruction — enterotomy — death. (*Med. Times and Gaz.*, II, 462, 1877.)

Cooper (R.-M.). — Strangulation of small intestine. (*Anstralian and New-Zealand. J. Surgery*, t. I, 325-327, 1931.)

Coupland (S.). — Hernia of ileum through a rent of great omentum. (*Trans. Pat. Soc.*, XXI, 146, London, 1879-880.)

Dupuytren. — Leçons orales de chirurgie clinique. 1832.

Estella (L.-Y), Bermudez de Castro. — Tecuica operatoria en la cura de las adherencias herniarias. (*Rev. de Cir. de Barcelona*, t. 4, 157-161, 1932.)

Feldmuller. — (*Thèse de Lyon*, 1901).

Folliasson (A.). — Hernies internes. (*Gaz. des Hôp.*, 103, 1545, 1930.)

Fowler (J.-R.). — Intestinal obstruction caused by constricting cords or omentum. (*Trans. Path. Soc.*, London, XXXIII, 146, 1882.)

Goodmann (Charles). — Strangulation of small intestine through a slit in the omentum. (*Med. Rec., New-York*, LXIX, 713, 1906.)

Guinard (A.). — Occlusion intestinale au cours d'une tuberculose péritonéale. Laparotomie. Guérison opératoire et amélioration notable de l'état général. (*Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 698, année 1898.)

Jasnigorodskij. — Les étranglements internes causés par les orifices de l'épiploon. (West Inl. Chir. Imeni Grekove.) (*Rev. de Chir.*, vol. 44, n° 121, 1936.)

Kirchner Walter (C.-G.). — Observations based on seventy cases of obstruction bowel with special reference to the unusual cases. (*Am. J. Obst.*, LXVIII, 942-955, 1913.)

Letulle. — (*Soc. Anat.*, 8 octobre 1909.)

Lisanti (A.). — Ulcerazione sifilitica del grande epiploon seguita da perforazione ed invaginamento del intestino tenue. (*Reforma Medica*, II, 303, 1899.)

Luccioni. — Etranglement interne à travers le grand épiploon. 1936.

Marcano. — De l'étranglement herniaire par l'épiploon. 1901.

Moritsch. — Zur Kasuistik innerer herniere. (*Deutsche Unschr. F. Chir.*, 614-623, 1933).

Pecco (E.). — Ernia totale del tenue attraverso il mesocolon trasverso e l'epiploon gastro-colico, in antico gastro-enterostomizzato. (*Boll. e. Neur. Soc. Piemont de Chir.*, 2, 177-183, février 1932.)

Peyrot. — (*Thèse d'Agrégation*, Paris, 1880.)

Pilven. — (*Soc. de Chir.*, 14 janvier 1925.)

Prescott Hewett. — (*Journal de Chirurgie de Malgaigne*, 1846.)

Quattrochi (A.). — Stenosi intestinale incompleta de strozzamento di anse del tenue in una fessura anulare del grande omento. (*Policlinico. Sez. Prat.*, 40, 1291-1299, Aug. 14-1933.)

Ragu. — (*Thèse de Strasbourg*, 1853.)

Santanelli (Luis). — Orifices du grand épiploon. (*Bol. Soc. Chir. Rosario*, tome I, n° 432, 439, 1934.)

Taylor (W.). — Intestinal obstruction. (*Brit. Med. J.*, october 1907, p. 893.)

Wildegans. — Hernies internes. (Lentz. f. Chir., 12 janvier 1935.)

Von Wahl. — (*Central blatt für Chir.*, 1888).

Rochet (Ph.), Duroux, Lanier. — Hernie épiploïque ancienne après plaie pénétrante de l'abdomen. (*Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Médicales*, séance du 17 février 1943; In *Lyon Médical*, n° 28, 11 juillet 1943, pages 31-32.)

Imprimerie
R. FOULON
29, rue Deparcieux, 29
PARIS (XIVe)